

# EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CARDIOVASCULARES

*Débora Tajer, Ana María Fernández, Josefa Cernadas, María Isabel Barrera, Graciela Reid, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba, Nicolas Idígoras\**

## I. Introducción

En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares se constituyen en la segunda causal de muerte a partir de los 35 años y es la primera causal para los varones a partir de esa edad, siendo la proporción de 3 varones por cada mujer (Ministerio de Salud, 1998). Existe evidencia en señalar que el hecho de que esta sea una enfermedad a predominio masculino, pudiera tener efectos en la calidad de atención de las pacientes menos habituales: las mujeres.

El objetivo de esta investigación es identificar si existe un sesgo en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de los/as médicos/as especialistas en enfermedades cardiovasculares relativas a la condición de género de los/as pacientes que pudieran afectar la equidad de la calidad de la atención, e identificar el modo en los que diversos modelos de financiamiento para la prestación de servicios (cobertura) tienen efecto en la toma de decisiones terapéuticas con *impacto negativo en la equidad de género en la calidad de la atención*.

Creemos que un análisis de estos componentes desde una perspectiva de salud mental y género puede contribuir al logro de la equidad de la atención de estos pacientes, mediante la utilización de esta información en la elaboración de un modelo educativo para la capacitación en servicio que permita la reflexión del personal médico acerca de este aspecto de su práctica cotidiana.

## II. Antecedentes

Como antecedentes en el abordaje de la inequidad de género en la atención de pacientes cardiovasculares podemos señalar que existe suficiente evidencia para afirmar que el género marca, de manera significativa, a los siguientes aspectos ligados a la calidad de la atención médica:

- Las condiciones psico-sociales que determinan la aparición de enfermedades.
- Las formas de vivenciar las enfermedades.
- Las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Las posibilidades de acceso a los servicios de salud.
- La interacción que acontece en los servicios.
- Las posibilidades de cumplir con ciertos tratamientos. (Pittman, P., Hartigan, P., 1996)

Por otra parte se han referido evidencias de sesgos que colocan a las mujeres en desventaja en lo relativo al componente prestación de servicios en enfermedades cardiovasculares y en lo relativo a la toma de decisiones médicas, en las siguientes situaciones:

---

\* Proyecto UBACyT PS 037. Directora: Débora Tajer dtajer@psi.uba.ar - Area temática: Psicología de la salud, epidemiología y prevención

- La detección temprana de enfermedades cardíacas que es más probable que acontezca en hombres que en mujeres (Kennel y Abbot, 1984)
- El acceso a cateterización de los enfermos cardíacos que suele ser seis veces más probable en el caso de varones que en el de las mujeres (Tobin y col., 1987).
- Se detectó entre las personas hospitalizadas por enfermedades cardiovasculares, que las mujeres reciben menos análisis con fines diagnósticos y menos tratamientos farmacológicos (Dellborg y Swedeberg, 1993).
- Y en lo concerniente al vínculo medico/a-paciente, se ha comprobado el comportamiento diferencial según el sexo del/a profesional y del/a paciente. Siendo que las médicas hacen visitas mas largas, realizan más preguntas y reciben mas información tanto de los pacientes varones como de las pacientes mujeres. (Hall, J, Irish, J., Roter, D., Ehrlich, C., Miller, L 2000).

En cuanto a las modalidades diferenciales relativas a la demanda de varones y mujeres lo que la literatura especializada en el tema de procedencia anglosajona denomina “*patient variable biases*” se ha encontrado que:

- Las pacientes mujeres valoran muy especialmente “el buen trato” de parte de los/as profesionales como componente de la calidad de atención. (Pittman, P. y otros 1998).
- Si bien tanto pacientes varones como mujeres reclaman medicamentos, lo hacen motivados por distintas razones: Los varones para poder seguir trabajando y las mujeres para poder cuidar a otros (Pittman, P. y otros 1998).
- En cuanto a la información previa que poseen sobre enfermedades cardiovasculares, se ha comprobado que las mujeres están más pobremente informadas sobre dichas enfermedades, lo que contribuye a su exposición a mayores riesgos, relativos a no poder reconocer tempranamente los síntomas y signos referidos a esta patología (Howes, DG 1998).

Por otra parte cabe destacar que en lo referente al género los sesgos en la calidad de atención pueden caracterizarse según dos tipos de modalidades:

- Las inequidades producidas por actitudes del equipo de salud frente a pacientes varones y mujeres.
- Las inequidades relativas al acceso a ciertos tipos de tratamientos o análisis.

Con respecto a ambas las inequidades en la atención, considerando a las mismas como las diferencias y similitudes injustas e innecesarias en el grado de satisfacción de necesidades (Whitehead, 1990), podemos destacar que los problemas puede basarse en:

- La entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales.
- La entrega de atención diferente cuando las necesidades no son diferentes.
- Simplemente un trato que refuerza los estereotipos de género.

A su vez existe suficiente evidencia a nivel internacional para poder destacar como impacta negativamente la accesibilidad diferencial por género a los servicios según cual sea el sistema de financiamiento (Standing, 2000), aún cuando este fenómeno no ha sido lo suficientemente estudiado como se verifica en América Latina, salvo para el caso de

Chile (OPS, 2002), y para patologías relativas específicamente al campo de la salud sexual y reproductiva (Tajer, 2001) .

### **III. Metodología**

El tipo de diseño metodológico utilizado es cuali-cuantitativo.

Se procesó con metodología cuantitativa los datos provenientes del "Estudio Comparativo de Infarto en la República Argentina" realizado los años 1996 y 2000 por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). La cantidad de pacientes ingresados en dicho estudio son 943 y la condición de elección para las unidades de análisis fue todo varón o mujer ingresado/a con diagnóstico de infarto agudo de miocardio y angina inestable durante un mes cada uno de esos años. Las instituciones en las cuales se recabó la información provienen de todo el país.

De la información que se tomó como fuente los protocolos clínicos se eligieron para nuestra investigación como dimensiones marcadoras de toma de decisión diagnóstica y terapéutica: uso de coronariografía (diagnóstico), uso de trombolíticos (tratamiento) e indicación de angioplastia (tratamiento).

Por su parte se trabajó con metodología cualitativa utilizando como fuentes entrevistas semiestructuradas, eligiendo como unidades de análisis a médicos/as cardiólogos/as, segmentados en menos y más de diez años de matriculación provenientes de tres tipos de instituciones de la Ciudad de Buenos Aires: Hospitales Públicos (Santojanni y Fernández), Clínicas que atienden pacientes con cobertura de obra social y de pre-pagas (Bazterrica y Santa Isabel ) y Hospitales de Comunidad (Italiano y Francés), siendo la cantidad de entrevistas aproximadamente 30 .

Las entrevistas están divididas en tres componentes

- 1) Datos sociodemográficos
  - 2) Aspectos generales de calidad de atención de los servicios
  - 3) Componentes médico/a-paciente en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- De este tercer ítem se tomaron cinco dimensiones:

- Aspectos relativos a la demanda de los pacientes que pudieran incluir una diferencial por género que tendrían implicancia en la toma de decisiones y en la conducta médica.
- Bagaje teórico - conceptual actual para el tratamiento de estos/as pacientes
- Representaciones personales de los/as profesionales acerca de la problemática
- Tipo de cobertura y efectos en las decisiones del tratamiento
- Lecciones aprendidas y expectativas a futuro

### **IV. Resultados Parciales**

Esta es una investigación actualmente en curso, motivo por el cual en esta presentación se comunican datos parciales.

a. Del análisis cuantitativos se desprende que:

1-Existen diferencias vinculadas al sexo en la utilización de las técnicas:

coronariografía (ns), trombolíticos (s), angioplastia (ns) y reperfusion t+a (s)

2- El sexo se relaciona a una mayor mortalidad independiente de la edad.

(Nota: Esta en curso el procesamiento de la información relativa a cobertura para este apartado)

#### Conclusiones y consideraciones

1- Se desprende de estos hechos que los/as médicos/as en Argentina están siendo mas *conservadores* (realizan menos intervenciones tecnológicas, medicamentosas de avanzada y/o quirúrgicas) en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas con mujeres y más *intervencionistas* (realizan más prácticas de las señaladas) con los pacientes varones

2-Se sugiere investigar con mayor profundidad en ulteriores estudios las razones de esta conducta médica y la posibilidad de que pudiera existir una relación entre la menor intervención en mujeres y la mayor mortalidad de las mismas a todas las edades.

Con respecto a la información proveniente de las entrevistas semi estructuradas podemos señalar como información preliminar que en lo relativo a:

- Diferencias por género en la demanda de atención que determinan toma de decisiones y conducta médica.

No se registran diferencias en el acatamiento del tratamiento, pero sí en la expectativa posterior al evento. Las mujeres guardan más reposo más fácilmente y los hombres insisten en estar "10 puntos" más rápidamente. Esta expectativa diferencial de parte de los/as pacientes podría estar condicionando la decisión médica del uso de intervenciones mas intrusivas en varones. Con respecto al tema de apoyo familiar tanto en la internación como en la evolución posterior se releva que a los pacientes varones los cuidan sus mujeres, mientras que las mujeres se cuidan solas o son cuidadas por otras mujeres de la familia o amigas

- Bagaje teórico- conceptual actual para el tratamiento de estos/as pacientes y representaciones personales de los/as profesionales

Se encontró coincidencias entre ambos. Según lo referido en ningún espacio de capacitación en la actualidad en el país, en el cual han sido formados los/as profesionales consultados, se imparten conocimientos relativos a los sesgos de género del consultar, enfermar y ser atendidos en este tipo de patología aún cuando existe mucha literatura internacional al respecto. La información obtenida del bagaje recibido y de las representaciones de los/as profesionales permite determinar que los varones se enferman mas, y posiblemente este hecho determine que a las mujeres se las atienda menos adecuadamente pues es muy raramente tomada en cuenta su especificidad y se la suele diagnosticar más tardíamente como efecto de que no se espera estadísticamente que les ocurra. La literatura clínica caracteriza este fenomeno denominando "Oveja negra" al trato que recibe un paciente que tiene un tipo de patología que no se espera que la tenga porque está afuera del grupo de mayor riesgo y ocurrencia. Por otra parte, se evidencia que en este caso también se verifica lo que se ha caracterizado como "Síndrome de Yentl" (Healey, 1991). Este Síndrome, que recibe su nombre del famoso cuento del premio novel Isaac Bashevis Singer, describe como en el sector salud las mujeres "deben" comportarse, enfermarse y consultar como hombres, como precio histórico para aspirar a la equidad en la calidad de atención, pues ser o enfermarse diferente que los hombres tiene como efecto ser tratado como paciente de segunda clase. La mera diferencia se transforma en inequidad, acentuándose en este caso por ser las cardiopatías isquémicas una

enfermedad de predominio masculino, para la cual se refuerza la expectativa de “deberían” enfermar de la misma manera que los varones para que sean tratadas de forma equivalente.

- Tipo de cobertura y efectos en las decisiones del tratamiento.

En este momento está habiendo en el país limitación general en ambos géneros para todas las coberturas que tiene efecto en la toma de decisión médica en general y específicamente en lo relativo a medicamentos y equipamiento tecnológico (ej Hospital Fernández no tiene Hemodinamia). Según la información recabada en los Hospitales Públicos, donde la limitación tiene mas data, algunos profesionales encuentran más dificultades en las mujeres que en los varones para consumir medicamentos ambulatorios con pago de bolsillo.

Como conclusión preliminar, podemos observar que para este tipo de patología, los varones se enferman más y las mujeres más tardíamente. Las mujeres presentan cuadros más inespecíficos, se enferman diferente y tienen mas mortalidad. Por otra parte se suele ser mas intervencionista en los varones y más conservador con las mujeres.

## Bibliografía

- Almeida, C. (2000) "Saúde nas reformas contemporâneas". En *Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas*. Costa A.M., Tajer D., Hamman E. Organizadores. Editorial Universidad de Brasilia, Brasil
- Baume E., Juarez M., Standing, H (2001) "Gender and Health Equity Resource Guide" Informe de IDS en la Universidad de Sussex, Inglaterra
- Bertakis KD, Azari R y otros (2000) "Gender differences in the utilization of health care services". *J.Fam. Pract* Feb;49(2): 14752
- Bruce J. (1990) "Fundamental elements of the quality of care: a simple framework". *Studies in Family Planning*. 1(2)
- Calderón, R. Mendoza J.(1997) *Relatoria de la Oficina de Trabajo. Recursos Humanos en los Procesos de Reforma en Salud*" Edit. ALAMES, Buenos Aires, Argentina
- Costa A.M., Tajer D., Hamman E. organizadores (2000) *Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas*". Editorial Universidad de Brasilia, Brasil
- Dellborg, M. y Swedberg, K.(1993) "Acute myocardial infarction: difference in treatment between men and women" *Quality ass.in Health Care*, 5(3),261265
- Doval H., Tajer C. (2000) "Evidencias en Cardiología. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas" Ed. GEDIC, Buenos Aires
- Doval H., Tajer C. (2001) "Evidencias en Cardiología II. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas" Ed. GEDIC, Buenos Aires
- Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH (1994) "Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting" *Health Psychol* Sep;13(5):38492
- Hall J A, y otros (1994) "Satisfaction, gender and communication in medical visits" *Med. Care* Dec; 32(12): 121631
- Healy B. (1991) "The Yentl Syndrome" *New England Journal of Medicine*, July 25, 274275.
- Howes DG (1998) "Cardiovascular disease and women" *Lippincotts Prim Care Pract* SepOct;2(5):51424
- Inda, N. (1996) "Género Masculino, Número Singular". En *Género, Psicoanálisis y subjetividad* Burín M. y Dio Bleichmar E.(comp.) Paidós, Buenos Aires, Argentina
- Kannel, WB y Abbot RD (1984) "Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction: an update on the Framingham Study". *New Eng. J. of Med.*, 11441147
- Kaplan RM, Anderson JP, Wingard DL (1991) "Gender differences in health related quality of life" *Health Psychol* 10(2):8693
- Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud, Subsecretaría de Atención Comunitaria (1998) "Situación de la Salud de la Mujer en Argentina",
- Nunes JA (1999) "Os discursos dos medicos ginecologistas e obstetras sobre a regulacao da fecundidade" II International Congress Women, Work, Health Rio de Janeiro 1999, Program, Abstracts 142
- OPS/OMS (2002) "Género, equidad y reforma de la salud en Chile" Ed OPS/OMS, Santiago de Chile

- Pittman, P. y Hartigan P. (1996) "Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers". *Health Care for Women International* 17: 469-186
- Pittman PM y col. (1998) "Informe Final de la Investigación: Equidad de Género en la Dimensión Socioemocional de la Calidad de Atención en Salud. El caso de la Hipertensión y Diabetes en Avellaneda, Pcia de Buenos Aires", Programa Mujer Salud y Desarrollo, OPS, Buenos Aires
- Pittman PM "Gendered experienced of health care" *Int J Qual Health Care* Oct;11(5):397-405
- Secretaría de Salud Pública de Rosario (1997) "Nuevos Escenarios. Nuevos modelos de atención" Actas del 6º Congreso La Salud en el Municipio de Rosario, 2225 de abril
- Standing H. (2000) " Impactos de género de las reformas en salud el actual estado de las políticas y la implementación" Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, La Habana, Cuba 3 7 de julio
- Tajer, D., Ynoub, R., Huggins M. (Compiladoras) (1997) "Relatoría de la Oficina de Género y Salud Colectiva".. Edic. ALAMESIDRC, Bs.As.
- Tajer D., Cernadas J., Barrera M.I. y otros (1998). "Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la perspectiva de la Salud Mental y la perspectiva de género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes". 6º Anuario de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA,
- Tajer D., Cernadas J., Barrera M.I. y otros (2000). "Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en Adultos Jóvenes". VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, 118
- Tajer D. (2000) "Pagando 'a la americana'. Invisibilidad de Género en el Informe de la OMS 2000 y Propuesta para un Informe Alternativo género sensible". En *¿Equidad? El Problema de la Equidad Financiera en Salud* Ediciones Antropos, Bogotá, Colombia
- Tobin, JN et al. (1987) "Sex bias in considering coronary bypass surgery". *Ann. Int. Med.*, 107, 1925
- Whitehead, M. (1990) *Los conceptos y principios de la equidad en la salud* Serie Traducciones OPS, Washington D.C., 1990
- Wingard D. L. (1989), "Sex differentials in morbidity and mortality risk examined and caused in the same cohort" *Am.J.Epidemiol* Sep; 130(3):601-10